Rok XXXV. Kraków 10. Października 1896. **Nr. 41.**

Redakcya:
Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya:
Szpital św. Ludwika,
przy ulicy Strzeleckiej Nr. 2.

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 81. rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie** nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w **Paryżu** p. Adam 81, rue des Saints Pères w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXV. Kraków 10. Października 1896. Nr. 41.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. W sprawie sposobów zaszywania przetok moczopłciowych u kobiet.

Przez

Dr. N. N. Fenomenowa,
Prof. akuszer.-ginekolog. kliniki w Kazaniu.

W liczbie chorób kobiecych poważne miejsce zajmują przetoki moczopłciowe, tak dla ciężkich cierpień, które spowodowują, jak i dla wielkiej stosunkowo ich częstości. Z liczby 1657 chorych kobiet, leczonych na oddziale ginekologicznym kazańskiej kliniki uniwersyteckiej, (od r. 1885/6 do 1894/5), 105 przypada na przetoki moczopłciowe. Prócz tego, w spisach chorych ambulatoryjnych bardzo wielka liczba jest zapisanych z rozpoznaniem przetok moczowych, które niestety, dla braku miejsca, nie mogły być przyjęte i stosownie leczone. Znaczny % tych chorych przypada na kobiety wyznania mahometańskiego. Z ogólnej liczby mahometanek, które leczyły się w oznaczonym okresie czasu w klinice, większa ich część cierpiała na przetoki. Oczywiście, tylko ciężkie cierpienia, wywoływane tak dotkliwą chorobą, zniewoliły poniekąd te kobiety do zwalczania tych przeszkód, które zazwyczaj powstrzymują je od szukania porady w klinice. Muszę jednak nadmienić, że % muzułmanek, udających się o poradę do kliniki, tak ambalatoryjnych, jak i stałych, ciągle wzrasta.

Przetoki moczowe, tak z powodu ciężkich cierpień, które spowodowują, jak i innych, nader przykrych objawów, nie mogły nie zająć umysłów lekarzy. Medycyna od wielu wieków zna tę chorobę i z tego powodu przyczyny jej, sposób powstawania, rozpoznawanie, są należycie opracowane. Niestety, nie można tego powiedzieć o głównem naszem zadaniu, t. j. o leczeniu. Oczywiście, jeżeli porównamy sposoby leczenia z przed lat 20, i obecne, to ogromna różnica wypadnie na korzyść teraźniejszości. Atoli i dzisiejsze leczenie tych przetok pozostawia jeszcze wiele do życzenia; mówiąc o leczeniu przetok moczopłciowych, mam na myśli jedynie zabiegi chirurgiczne, t. j. zeszycie przetok (*fistulorrhaphia*). Operacya ta, w niektórych przypadkach, jest nadzwyczaj łatwa; w innych zaś przeciwnie nader trudna, a czasem zupełnie niewykonalna. Zależy to od warunków każdego poszczególnego przypadku, a głównie od stosunków anatomicznych przetoki, jak również i zachodzących powikłań.

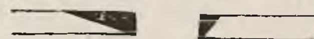
Przedewszystkiem przetoka powinna być dostępna. By zaś ją taką uczynić, uważam za rzecz zupełnie wskazaną i usprawiedliwioną, wykonanie nawet tak poważnych rękoczynów, jak obniżenie macicy, przygotowawcze leczenie podług B o z e m a n a, albo tamponada gazą, a wreszcie laparotomia, symfizeotomia, lub też czasowe wycięcie spojenia łonowego (N i h a n n s). Takie zabiegi uważam za zupełnie uzasadnione, bacząc na ten przygnębiający i politowania godny stan, w jakim znajdują się kobiety, dotknięte podobnem cierpieniem. Chore czują się tak udręczone, tak im zatruwają życie przykre nad wszelki wyraz objawy, nieodłączne od przetok moczopłciowych, że już samo uczucie ludzkości zmusza lekarza do najwięcej nawet zawiłych i śmiałych rękoczynów; chore zaś z wszelką gotowością wyrażają chęć i wolę zniesienia wszelkich następstw operacyi, byle mogły uwolnić się od tego ciężkiego cierpienia.

W wielu przypadkach, gdy wskutek bliznowatego zwężenia pochwy lub przedsionka, dostęp do przetoki był niezupełnie możliwy, robiłem niejednokrotnie głębokie nacięcia w pochwie, lub przedsionku, a nawet czasem posiłkowałem się przecięciem międzykrocza. To mi bardzo ułatwiało operowanie, a owe przecięcia, gdy mi już nie były potrzebne, oczywiście zaszywałem.

Chociaż powodzenie operacyi niewątpliwie zależy od warunków samego przypadku, to jednak metoda operowania, specyalne wykształcenie i wprawa operatora, wiele tu znaczą. Właśnie tym metodom operowania przetok moczopłciowych poświęcam niniejsze uwagi. Główne zasady dobrego wyniku operacyi polegają na tem, ażeby 1) brzegi przetoki były dostatecznie odświeżone, i 2) aby były tak następnie spojone, żeby całą odświeżoną powierzchnią ściśle do siebie przylegały. Napięcie brzegów rany nabiera w tych razach ogromnego znaczenia.

Z tego wszystkiego wynika, że te metody operowania, które odpowiadają w zupełności wyżej wymienionym zasadniczym wymaganiom, uważam za najlepsze.

Znane są dwa sposoby o d ś w i e ż a n i a brzegów przetok moczopłciowych u kobiet: albo robimy cięcie naokoło przetoki, ścinając całą grubość jej brzegów, prawie prostopadle do powierzchni przewodu, albo też nacinamy błonę śluzową naokoło przetoki, w pewnem oddaleniu od brzegów i, wkłuwając nożyk pod błonę śluzową, od granicy odświeżenia, ścinamy tkanki ukośnie w kierunku do brzegów przetoki, wskutek czego rana staje się lejkowatą, więcej płaską i szeroką, a nie wązką i głęboką, jak w pierwszym sposobie. Mówimy więc o o d ś w i e ż e n i u t. zw. w ą z k i e m i s z e r o k i e m. Pierwszy sposób n i e m i e c k i (G. Simon) drugi a m e r y k a ń s k i (Sims, Bozeman). Ponieważ te sposoby są ogólnie przyjęte i powszechnie używane, nie będę więc ich opisywał; zresztą dołączony rysunek



(rys. 1, *a* i *b*) dokładnie uzmysławia różnicę obu tych sposobów. Z początku operowałem według wyżej wymienionych

metod, ale kilka niepomyślnych wyników i ujemne strony samych metod, zmusiły mnie wkrótce (od r. 1883) do ich zaniechania. Według mego mniemania ujemną stroną tych sposobów jest przedewszystkiem zbytnie odejmowanie tkanek naokoło przetoki, nieuchronna utrata utkania, a powtóre, otwór przetoki, chociaż niewiele, z konieczności jednak powiększa się. Ta ostatnia okoliczność staje się nader ważną, głównie wtedy, jeżeli dostęp do przetoki jest niedostateczny, a odjęcie tkanki, nie zbyt obfitej (choćby w najmniejszej ilości), będzie połączone z widoczną stratą dla chorej. Tyczy się to przeważnie tych trudnych przypadków, w których ubyt utkania, już przy samem formowaniu się przetoki, był wielki, a objętość pochwy, wskutek bliznowatego zwężenia, znacznie zmniejszona.

Wszak nie można rachować na to, że wynik operacyi zawsze musi być pomyślny a zagojenie nastąpi odrazu. Doświadczenie poucza, że w warunkach niekorzystnych, trzeba operować powtórnie, a nawet i kilka razy. Łatwo sobie uzmysłowić, coby wynikło, jeśliby za każdym razem obrzynano kawałki tkanki; przetoka nietylko mogłaby, lecz musiałaby się każdorazowo powiększać, dostęp do niej stawałby się coraz trudniejszym, przez co i dla wykonania samej operacyi wytwarzałyby się warunki coraz niekorzystniejsze. Że tak bywa w rzeczywistości, dowodzą tego przypadki, opisane nawet przez wielkich mistrzów sztuki operacyjnej. Wszystkim pamiętny pouczający spór między niemieckim ginekologiem G. Simonem i amerykańskim Bozemanem, spór, który w swoim czasie tak zainteresował wszystkich operatorów ginekologów. Na szczególną uwagę zasługuje chora, operowana po raz pierwszy przez Simona (Nr. 10), a następnie drugi raz przez Bozemana (Nr. 2-gi). Po pierwszej operacyi (Simona) otwór przetoki był wielkości soczewicy, a po powtórnej (wykonanej przez Bozemana), otwór ten powiększył się o tyle, że można było przez niego z łatwością wsunąć palec do pęcherza. A więc chora nietylko nie wyleczyła się, nietylko nie doznała choćby niewielkiej ulgi w cierpieniu, ale bezwarunkowo stan jej zdrowia pogorszył się.

Przeto, przewidując nie zawsze dobry wynik operacyi i, co za tem idzie, konieczność jej powtórzenia, należy przy odświeżaniu brzegów przetoki bardzo niewiele tkanki wycinać; ale w takim razie nie zawsze zmniejsza się napięcie brzegów i, tak spojenie, jak i przyleganie odświeżonych powierzchni często bywa niezupełnie dokładne. A to właśnie sprawia, że widoki na powodzenie operacyi zmniejszają się, co znowu, w moim sposobie, nie odgrywa żadnej roli.

Wyżej przytoczone utrudniające okoliczności, przy odświeżaniu brzegów przetok, nie krępują mnie przy stósowaniu mojej metody operowania: Dążeniem mojem jest, żeby jak można najwięcej zmniejszyć napięcie brzegów i przez to, tak przyleganie odświeżonych powierzchni, jak i ich spojenie uczynić jak najdokładniejszem. Wielokrotnie przekonałem się, że początkowo trudny dostęp do przetoki, w miarę większego odświeżania lub rozszczepiania, stawał się łatwiejszym, przetoka więcej ruchomą, przez co i zakładanie szwów stawało się poręczniejszem i prostszem. Ażeby osiągnąć ten cel, rozdzielam tkankę bliznowatą, znajdującą się w przegrodzie pęcherzowo-pochwowej (naokoło przetoki), oraz odseparowuję pewną część ścianki pęcherza, co ją czyni ruchomą, przesuwalną.

Sposób operowania, którego ja używam, różni się od ogólnie przyjętych nietylko w szczegółach, ale i w samej istocie pomysłu. Różnica polega w metodzie odświeżania brzegów przetoki i zakładania szwów. Za podstawę posłużyły mi następujące kombinacye: 1) Obszar tkanek w polu operacyjnem powinien być jednakowy tak przed, jak i po operacyi; rękoczyn zaś ma mieć cechy zabiegu plastycznego, co znów osiągnąć da się tylko przez przesunięcie tkanek w polu operacyjnem, a nie przez oberznięcie ich naokoło przetoki. 2) Odświeżanie należy robić z takiem wyrachowaniem, żeby *a*) przyleganie odświeżonych powierzchni było na całej przestrzeni jak najdokładniejsze, bez napięcia brzegów, i *b*) żeby powierzchnie przylegających tkanek miały jednakową anatomiczną budowę. (Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z Zakładu medycyny sądowej Uniw. Jagiell. pod kierunkiem doc. Dra Leona Wachholza.

Z kazuistyki obrażeń czaszki i mózgu.

Podał

Dr. Józef Zoll,

b. asystent Uniw. Jagiell. i współpracownik zakładu med. sąd.

(Dokończenie. Patrz Nr. 40).

Jeżeli powierzchnia użytego narzędzia rozmiarami swymi przekracza 4 ctm. □, wówczas nie uzyskuje się włamań czaszki w ścisłem tego słowa znaczeniu, lecz albo wielokrotne złamania lub strzaskania czaszki, albo wgniecenie większej przestrzeni kości czaszki do jej wnętrza. W jesieni z. r. wykonano w Zakładzie krak. sekcyę zwłok mężczyzny, 30 kilka lat liczącego, zmarłego wskutek obrażenia czaszki, zadanego przez sprawcę dotąd niepochwyconego, za pomocą młotu kamieniarskiego w ogólnej długości 27 ctm., o długości głowy 10 ctm., o powierzchni uderzenia prostokątnej przekraczającej 4 ctm. □ i o ogólnym ciężarze 1 kg. 20 dk. Sklepienie czaszki zabitego okazywało w okolicach łuski kości skroniowej prawej i kości ciemieniowej prawej wielokrotne złamanie, przedstawiające rozległy ubytek, pokryty 6-cioma odłamami kości; prócz powyższego uszkodzenia stwierdzono pęknięcie powały prawego oczodołu, przerwanie opony twardej na 7 ctm. długie, o brzegach nierównych w miejscu strzaskania czaszki, wynaczynienie krwi pod oponami miękkiemi i liczne ogniska wybroczynowe w mózgu.

W r. 1881 w Listopadzie wykonano w zakładzie krak. sekcyę na zwłokach A. T., l. 41 liczącego, palacza kolejowego, który dostał się głową pomiędzy mur i ścianę wozu kolejowego i, w ten sposób, poniósł śmierć skutkiem rozległego zmiażdżenia czaszki i mózgu. Powłoki miękkie utrzymane były tylko w postaci mostów, a główna rana przebiegała od oczodołów aż do samej potylicy; przez nią sterczały odłamki kości bocznych potrzaskanych. Przez otwór kości ponad oczodołem prawym i z drugiej strony przez szczelinę w okolicy potylicy, dał się wprowadzić palec 3—4 ctm. w głąb i natrafiał na zmiażdżony mózg. Kość jarzmowa ogołocona z części miękkich, złamana; nad tyłogłowiem, ku stronie lewej, widać po usunięciu wiszącego płatu skóry szczelinę kostną, biegnącą od tyłu ku przodowi, dochodzącą aż do łuku oczodołowego lewego, a w miejscu tem znajdował

się znów otwór tak obszerny, że palec wskazujący dał się wprowadzić wgłąb mózgu. Po rozwarciu warg widać było szczelinę pomiędzy obydwoma szczękami górnemi, drążącą przez całą wysokość szczęk a tak obszerną, że znowu palec wskazujący dał się w nią wprowadzić. Nadto sklepienie czaszki z tyłu w kilku miejscach nieregularnie złamane. Opona, twarda nad prawym zwojem przedstawiała otwór o średnicy 7—8 ctm., przez który wydobywały się części mózgu w postaci masy bezkształtnej, wielkości gruszki; opony miękkie w tem miejscu również przedarte i nieco krwią podbiegnięte. Płaty czołowe i części bocznych, aż do mostu Warola, zamienione w masę prawie bezpostaciową; w komorach, o ile się utrzymały, znajduje się krew płynna; w rogach tylnych wynaczynienia krwi dość znaczne; móżdżek po stronie lewej zmiażdżony, szczególniej w częściach zewnętrznych. Podstawa czaszki okazywała wielokrotne pęknięcia biegnące w rozlicznych kierunkach.

W innym przypadku wielokrotne złamania czaszki były następstwem upadnięcia na szyny kolejowe, zatem następstwem urazu, wywołanego działaniem narzędzia twardego, tępego, o znaczniejszej powierzchni. Przypadek ten tyczy się robotnika kolejowego T. S., lat 51 liczącego, którego pchnął byk tak nieszczęśliwie, że T. S. upadł tyłogłowiem na szynę. Oględziny pośmiertne zwłok wykazały: Kilka nieznacznych sińców na powłokach skórnych, kość ciemieniowa, oraz tyłogłowiowa na kilka odłamków złamana, opona twarda, w miejscu złamania kości, krwią podbiegnięta, wypocina szara pomiędzy oponą twardą a kościami czaszki. Mózg okazywał się w dolnej części płatu czołowego nieco krwią podbiegnięty i rozmiękły; podstawa czaszki przedstawiała kość skroniową lewą, przedzieloną w części skalistej na dwie połowy.

Nader liczną jest kazuistyka zakładu krakowskiego, oraz bogatym jest zbiór złamań czaszki, które powstały wskutek spadnięcia z wysokości. Złamania te zawsze były wielokrotne, a tyczyły się zarówno złamań sklepienia jak i podstawy czaszki.

Jako rozleglejsze obrażenie tego rodzaju podnieść należy wielokrotne złamanie czaszki robotnika, pracującego około budowy dzisiejszego „*Collegium medicum*", który spadł z wysokości 2 piętra; również rozległe było złamanie czaszki u pewnego farmaceuty, który uległ znacznemu uszkodzeniu w Listopadzie 1890 roku, przy wybuchu na Stradomiu.

Bardzo rozległe, bo zniekształcające głowę obrażenie odniósł M. K., l. 15 liczący, robotnik, zajęty w fabryce pilników w Krakowie. Chcąc zaczerpnąć wody ze zbiornika, umieszczonego u powały, wspiął się w górę, a czepiając się ręką pasa koła rozpędowego, został z taką siłą rzucony ku powale, że głową swą wybił w pułapie spory otwór.

Sekcya wykonana 9 Lipca 1891 r. wykazała:

Zwłoki mężczyzny pozbawione zupełnie sklepienia czaszki, a w łączności z tyłogłowiem pozostaje tylko podstawa czaszki, wielokrotnie strzaskana na drobne kawałki, dalej nos kostny strzaskany. Wskutek tego obrażenia reszta głowy, pozostała przy tułowiu, przedstawiała zbitą prawie masę, tak, że o rozpoznaniu rysów twarzy mowy być prawie nie mogło. Mózg stanowił, zarówno z potrzaskanemi na drobne kawałeczki kośćmi sklepienia czaszki, oddzielną część od reszty zwłok i przedstawiał masę czarną, bezpostaciową, gnilnie przeobrażoną, zmieszaną z rumowiskiem, oraz kawałkami sitowia, używanego do budowy powały. Wśród poszarpanej skóry czoła i twarzy znajdowały się oczy zupełnie zmiażdżone. Kości szczęki górnej i dolnej wielokrotnie połamane. Kończyna lewa górna i dolna były na wielkiej przestrzeni pozbawione skóry i mięśni.

Z kolei przechodząc do t. zw. pęknięć czaszki, z szczególnem uwzględnieniem pęknięć jej podstawy, które bywają uważane, jako po większej części obrażenia śmiertelne, muszę nadmienić, że, jak doświadczenie lekarskie poucza, goją się one bardzo często samoistnie. Mimo to jednak nie tracą takie pęknięcia samoistnie wygojone na znaczeniu, bo chociaż na razie nie pociągaią za sobą skutków, sprowadzają jednak często w późniejszym czasie następstwa pod postacią psychoz. I tak n. p. w przypadku dotyczącym pewnej kobiety, l. 26 liczącej, u której sekcya wykazała wygojone pęknięcie podstawy czaszki, a przyczyną śmierci było samobójstwo przez powieszenie, przypuścił Hofmann, w swojem orzeczeniu, istnienie związku przyczynowego między wygojonem na razie obrażeniem a samobójstwem, za pośrednictwem możliwej psychozy, wywołanej obrażeniem czaszki, a to opierając się na dwóch podobnych przypadkach, w których ten związek przyczynowy dał się stanowczo wykazać.

W dalszym ciągu nasuwają się przypadki pęknięcia podstawy czaszki, wygojonego wśród obserwacyi lekarskiej. Pomijając liczną pod tym względem kazuistykę, wspomnę o 3 przypadkach, z których pierwszy dotyczył kobiety, lat 30 liczącej, z Nowej Wsi Szlacheckiej, uderzonej w lecie 1894 r. wśród wzajemnej bójki, półkółkiem w okolicę lewej kości bocznej. Przy oględzinach, w 4 dni po doznanem uszkodzeniu, znaleziono kobietę tę w stanie upośledzonej przytomności, silnie osłabioną, o tętnie wolnem i słabych oddechach nieregularnych, a z ucha lewego wypływała rytmicznie ciecz podobna do popłuczyn mięsnych, nadto lekkie krwawienie z nosa.

W orzeczeniu sądowem, wspólnie z kierownikiem Zakładu Dr. Wachholzem, rozpoznano pęknięcie podstawy czaszki i uznano uszkodzenie za samo przez się ciężkie, grożące życiu i sprowadzające nieudolność do pracy i chorobę wyżej dni 30. Zarządzono również przewiezienie pokaleczonej do szpitala, gdzie rozpoznanie stwierdzono, a po kilkunastu tygodniach wypuszczono, jako wyleczoną.

Drugi przypadek dotyczył obywatela z Kongresówki, lat 50 liczącego, który, uniesiony do stajni przez młode konie, wypadł z wózka, uderzając prawą kością boczną o ramę drzwi stajennych. W tej chwili utracił przytomność, którą odzyskał dopiero po upływie 70 godzin, a krwotok z ust, nosa i rytmiczne wydobywanie się cieczy krwawej z ucha, oraz afazya i porażenie uprawniły lekarza ordynującego (prof. Trzebicky) do rozpoznania pęknięcia podstawy czaszki. Przypadek ten został po kilkunastu tygodniach wyleczony, jednak drażliwość bardzo znaczna, podejrzliwość, oraz gwałtowność, u człowieka dawniej łagodnego i powolnego, utrzymują się dotychczas, tj. po 2 latach, niewątpliwie jako następstwo tego uszkodzenia.

W trzecim przypadku badałem z polecenia c. k. Sądu dziewczynkę, lat 9 liczącą i rozpoznałem również pęknięcie podstawy czaszki, oraz jej sklepienia i krwotok wśródczaszkowy. Uszkodzenie to powstało przez spadnięcie z wysokości 1-go piętra na kamienny podwórzec, rozpoznanie zaś moje oparłem na podstawie zbadania chorej i obserwacyi lekar-

skiej (prof. Trzebicky). W przypadku tym objawy, wywołane uciskiem mózgu wskutek wynaczynienia, ustąpiły po kilku tygodniach a dziecko może być dziś uważane za wyleczone; w orzeczeniu jednak zwrócono c. k. Sądowi uwagę na możliwość wystąpienia rozmaitych, a nawet trwałych następstw, i to jeszcze po dłuższym przeciągu czasu.

Znacznie częstszymi od złamań podstawy czaszki są przypadki samoistnego wygojenia się złamań, nawet wielokrotnych, jej sklepienia. Wspomnę o dwóch, które dotyczyły żon nałogowych pijaków, którzy podczas opilczego obłąkania potrzaskali im sklepienie czaszki, a to przez kilkakrotne uderzenie obuchem siekiery. Obydwa przypadki pozostawały w obserwacyi szpitalnej i zostały wyleczone.

W kazuistycznej tej pracy nie zajmywałem się obrażeniami czaszki i mózgu, zadanemi narzędziami ostremi, oraz bronią palną, chociaż kazuistyka zakładowa i w tym kierunku posiada również bardzo piękny i obfity materyał, jednak zadaniem mojem było zestawienie obrażeń czaszki i mózgu, zadanych narzędziami tępemi.

Wreszcie niech mi będzie wolno wyrazić kierownikowi zakładu, Doc. Dr. Wachholzowi, serdeczne podziękowanie za łaskawe udzielenie mi materyału do niniejszej rozprawy, oraz za zachętę do pracy.

III. O zapaleniu płuc, powstającem u dzieci na tle chorób przewodu pokarmowego.

Wykład habilitacyjny

Dra Jana Raczyńskiego.

(Dok. Patrz. Nr. 40).

Wypada mi w dalszym ciągu zastanowić się nad pytaniem, w jaki sposób powstają powyżej opisane zmiany w płucach?

Ponieważ, idąc za Sevestrem, przyjmujemy za punkt wyjścia w naszych roztrząsaniach przypuszczenie, że zmiany w płucach są tylko jednym z objawów ogólnego zakażenia ustroju, przeto przedewszystkiem należy mi wykazać, że rzeczywiście, w biegu chorób przewodu pokarmowego, do takiego zakażenia przychodzi.

Nowsza patologia przynosi nam cały szereg faktów dowodzących, że w pewnych stanach chorobowych ulegają wessaniu wytwory prawidłowej przemiany pokarmów, odbywającej się w przewodzie żołądkowo-jelitowym; liczne choroby mogą mieć swoją przyczynę w samozatruciu ustroju *(autointoxicatio)*, powstałem wskutek wessania produktów rozkładowych z przewodu pokarmowego. Nie może też ulegać wątpliwości, że z treści jelit przedostają się do krwiobiegu pewne składniki i nawet wtedy, gdy w przewodzie pokarmowym rozgrywa się ciężka sprawa chorobowa i rozwijają się drobnoustroje, sprowadzające, tak nieprawidłowe kiśnienie, jak i zabójcze jady (toksyny). Na dowód, że tak jest, nietrudno nam będzie przytoczyć objawy, spotykane w przebiegu pewnych spraw chorobowych w przewodzie pokarmowym, które tylko zakażeniem ogólnem wytłómaczyć można.

Wspomnę o nich pokrótce: Działanie wessanych wytworów nieprawidłowej fermentacyi w jelitach odbija się przedewszystkiem na układzie nerwowym chorego dziecka i wywołuje, przez wpływ na odpowiedne ośrodki, objawy ogólnego pognębienia. Ztąd też dziecko, cierpiące na ostry nieżyt żołądka i jelit, nierzadko bywa nieprzytomne, odurzone, senne, odruchy obniżają się, w pierwszym rzędzie zmniejsza się odruch rogówkowy, a w przypadkach ciężkich, nawet podniebienny. Widzimy wtedy, że dziecko leży, mało poruszając się, z oczyma rozwartemi; powieki zrzadka tylko przymykając się, sprowadzają wysychanie przybłonka rogówki, a następnie jej zmętnienie; twardówka zaczerwienia się wskutek nastrzykania naczyń krwionośnych. Spostrzegamy dalej, że dziecko staje się obojętnem na podawaną mu pierś, niewykonywa ruchów ssących, a w ciężkich przypadkach możemy nawet dotykać podniebienia i tylnej ściany gardzieli, bez wywołania odruchu. Połykanie jest upośledzone, dzieci ustawicznie zachłystują się. Ten stan może się zmieniać i przechodzić w stan wprost przeciwny, t. j. podniecenia, co najczęściej spostrzegamy w początkach choroby. Niejednokrotnie też zauważyć można, jak dziecko, dotąd senne i obojętne, rzuca się niespokojnie, zrywa się z krzykiem przy najmniejszem dotknięciu, w oczach jego maluje się lęk, a chwilowe to podniecenie ustępuje wkrótce miejsca ponownej śpiączce i odrętwieniu. Drgawki także towarzyszą często sprawom chorobowym w przewodzie pokarmowym, a przyczyna ich nie zawsze się da wytłómaczyć rozwijającem się ostrem wodogłowiem.

Wpływ jadu na układ nerwowy odbija się także pojawiającą się gorączką. Gorączka ta nie odznacza się żadnym torem, a podniesienia jej i spadki odnieść by należało do większej lub mniejszej ilości jadów, dostających się do krwiobiegu.

Doniosłym jest także wpływ, jaki wywierają wessane produkta na narząd krążenia, a wpływ ten odbija się na tym narządzie w dwojaki sposób. Wiadomo z doświadczeń wykonanych przez Boucharda, Romberga, a mógłbym w tym względzie powołać się i na własne, wykonane w Zakładzie ogólnej patologii prof. Dr. Gluzińskiego, że jady drobnoustrojowe działają w silnym stopniu na układ naczyniowy, czego i w naszych przypadkach mieliśmy wybitne objawy. W chorobach przewodu pokarmowego spotykamy się bardzo często z powikłaniami skórnemi, i gdy w jednych przypadkach skóra przedstawia się ziemisto-bladą, zdarzają się inne, w których stwierdzamy pokrzywkę, rumień, a nawet wynaczynienia. Zmienność i niestałość tych objawów, brak niejednokrotnie zmian anatomicznych, wskazują dobitnie, że objawy te są wyrazem działania jadów na ośrodki naczynioruchowe.

Obok tego wpływu na ośrodki naczynioruchowe działają jady także i na sam narząd centralny krążenia, czyto przez wywoływanie zmian w mięśniu sercowym, czy też przez działanie na ośrodki nerwowe serca; przekonujemy się o tem tak drogą doświadczalną, jako też i z spostrzeżeń klinicznych, w dobrze znanym nam objawie niedomogi serca, tak często w chorobach tych stwierdzanej.

Lecz w niektórych chorobach żołądka i jelit mogą się przedostać z przewodu pokarmowego do krwiobiegu nietylko produkta drobnoustrojowe, lecz i s a m e d r o b n o u s t r o j e i, dostawszy się do krwi, wywołać przypady od poprzednich różne, a niemniej ciężkie i groźne. Objawy te są mniej lub więcej tożsame z objawami, które spotykamy wogóle przy zakażeniu krwi drobnoustrojami, a obraz chorobowy, chociaż

odpowiada obrazowi ropnicy, odznacza się przecież pewnemi swoistemi cechami.

Do rzędu tych objawów należą więc zmiany w skórze, określane ogólną nazwą *furunculosis* lub *folliculitis*, o których już dawno wiedziano, że bywają wywoływane sprawami chorobowemi w przewodzie pokarmowym, jak nie mniej rzedziej spotykane zmiany ropne w mózgu, śledzionie, na oponach, najczęściej stwierdzane dopiero na stole sekcyjnym.

Do tej grupy zmian zaliczyćby także należało objawy ze strony nerek. Rola, jaką nerki odgrywają w tych postaciach chorób przewodu pokarmowego, oraz zmiany jakim one ulegają, stały się przedmiotem osobnych szczegółowych badań, których tutaj nawet w skróceniu przytaczać niemyślę, a ograniczę się tylko do wzmianki, że wyniki badania moczu, tj. obecność przybłonków nerkowych, wałeczków, składników krwi itd. dowodzą, że temu stanowi chorobowemu towarzyszy już nie przemijający, zwykły białkomocz, lecz sprawa zapalna. Drobnowidowe badania pośmiertne stwierdzają, że główne zmiany zależą od wypełnienia niektórych naczyń krwionośnych nerki drobnoustrojami, przyniesionymi tutaj z krwią za życia.

Wspomnieć mi także należy, że obok tych objawów klinicznych, przemawiających za przyjęciem zakażenia ogólnego, popierają to przypuszczenie także i wyniki sekcyi.

W przypadkach ostrych chorób zapalnych żołądka i jelit u dzieci, kończących się śmiercią, stwierdzamy sekcyą zwyrodnienie miąższowe narządów wewnętrznych, a ten obraz anatomiczny zgadza się w zupełności z obrazem sekcyjnym, jaki spotykamy u zmarłych na choroby zakaźne.

Nie dość jednak na tem: Czerny i Moser stwierdzili w niektórych przypadkach badaniem bakteryologicznem za życia obecność drobnoustrojów we krwi; badali oni znaczną ilość dzieci, chorych na choroby przewodu pokarmowego i wykazali, że krew dzieci, u których rozpoznawano, na podstawie objawów klinicznych, postać ostrą lub przewlekłą niestrawności *(dispepsia acuta, d. chronica)*, była jałową; u innych, u których rozpoznawano sprawę chorobową z objawami zakażenia ogólnego *(gastroenteritis acuta, g. chronica)*, krew zawierała drobnoustroje. We krwi tych dzieci stwierdzono obecność gronkowca, paciorkowca, *bacterium coli*, *pyocyaneus*, *bact. lactis aërogenes*, słowem te wszystkie drobnoustroje, które są tak częstymi mieszkańcami przewodu pokarmowego. Różnogatunkowość ustrojów, które we krwi znaleziono, nietylko nie sprzeciwia się obrazowi klinicznemu, ale niejako go nam tłómaczy; od rodzaju przedostających się do krwi drobnoustrojów zależnem jest zapewne występywanie pewnych objawów, których rozmaitość do tej okoliczności odnieść także musimy.

Przedstawiłem więc Panom w krótkości całą wiązankę faktów, dowodzących, że postać chorobową, którą nazywamy *gastroenteritis* uważać należy za chorobę zakaźną w tem znaczeniu, że w przebiegu jej przychodzi do zakażenia ustroju drogą przewodu pokarmowego.

Jeżeli to powyższe przypuszczenie uważać będziemy za udowodnione, to i wytłómaczenie sposobu powstawania zmian w płucach, nie przedstawi już nam żadnych trudności, gdyż zmiany w tych przypadkach w narządzie oddechowym wytwarzające się, uważać możemy za sprawę przerzutową, za następstwo zakażenia krwi drobnoustrojami.

Nasunąć się musi pytanie, dla czego właśnie płuca są tym narządem, w którym tak często do owych zmian przerzutowych przychodzi, dlaczego nierównie rzedziej, nawet wyjątkowo, dotknięte nim bywają wątroba, śledziona i t. d.? Z pytaniem tem łączy się drugie, czy drobnoustroje dostają się do krwiobiegu z jelit drogą naczyń krwionośnych, czy też chłoniczych?

Odpowiedź na to pytanie nie trudna. Częstość zmian w płucach uprawnia nas do przyjęcia, że z przewodu pokarmowego dostają się drobnoustroje przedewszystkiem do naczyń chłoniczych i, wraz z ich treścią, do żyły bezimiennej, gdzie nastaje zmięszanie z krwią tej żyły. Tym sposobem naczynia włosowate płuc są tym pierwszym sączkiem, przez który przepływa krew zakażona drobnoustrojami, i to nam tłómaczy, dla czego płuca najczęściej, prawie z reguły, ulegają zmianom chorobowym.

Sądzę, że przytoczone powyżej fakta nie pozostawiają żadnej wątpliwości, co do sposobu powstawania zmian w płucach; przecież, dla wyczerpania zakreślonego w temacie zadania, winienem wspomnieć o pracach autorów francuskich, którzy idąc za myślą swego przodownika Sevestra, badaniami swemi przyczynili się do wyjaśnienia tej sprawy.

Marfan i Marot wykazali swemi badaniami, że ustrój może uledz, w pewnych stanach chorobowych, zakażeniu drogą jelit, a w pierwszym rzędzie zdolność tę przechodzenia do krwi posiada *bacterium coli commune*, w drugim paciorkowiec.

W bliższym związku ze sprawą, którą omawiam, pozostają wyniki badań Gastoua i Renarda. Badacze ci, chcąc dociec, czy istnieje bliższy związek miedzy sprawami chorobowemi w jelitach a zmianami w płucach, postanowili zbadać, jakie drobnoustroje biorą udział w tych właśnie zapaleniach płuc. Sądzili bowiem słusznie, że obecność w tym razie drobnoustrojów, spotykanych zwykle w przewodzie pokarmowym, a niestwierdzonych w innych postaciach następowych zapaleń płuc, świadczyć będzie o ich pochodzeniu przerzutowem. W tym celu wydostawali z ognisk zapalnych w płucach, za pomocą długiej igiełki, trochę treści i szczepili ją na odpowiednich pożywkach; równocześnie badali bakteryologicznie także stolce tych samych chorych. Poszukiwaniami temi wykazali, że obok pneumokoka i gronkowca, zwykle obecnym jest także *bacterium coli commune*. Drobnoustrój ten, stały mieszkaniec przewodu pokarmowego, mógł się tutaj dostać tylko drogą krwiobiegu; świadczy to dowodnie, że zapalenia płuc, powstające w tych przypadkach, uważać należy za przerzuty.

Autorowie ci poszli jeszcze dalej i, zakażając zwierzęta drogą jelit lub otrzewny, wywołali w pewnych przypadkach tym sposobem następowe zmiany w płucach, zmiany wychodzące z naczyń krwionośnych i chłoniczych, a więc analogiczne do zmian powyżej już opisanych u ludzi. Widzimy że i ta droga doprowadziła do wyników zgodnych z powyżej przytoczonemi zapatrywaniami.

Przedstawiłem pokrótce sprawę zapaleń płuc, powstających w przebiegu pewnych postaci chorób przewodu pokarmowego, omówiłem związek tych spraw z sobą i sposób ich powstawania: trudniejszem jednak o wiele jest bliższe określenie, które to sprawy chorobowe w jelitach prowadzą do ogólnego zakażenia, od jakich okoliczności zależą owe powikłania, jakie są warunki do ich powstania i t. d.; wszystkie te pytania czekają dopiero na rozwiązanie.

IV. Oceny i sprawozdania.

Dąbrowski Witosław: **Drobnoustroje zimnicy** (*Plasmodium malariae*). (Odbitka z XCII. T. *Pamiętnika Towarz. lek.* Warszawa, 1896. 136 stron druku i 2 tablice chromolitograficzne).

Autor na podstawie prac Laverana, Douleta, Spennera, Mannaberga i innych badaczy, oraz własnych spostrzeżeń, postanowił wypełnić lukę, istniejąca w polskiej literaturze, która dotąd nie posiadała monografii zimnicy. Mając obfity materyał obserwacyjny na oddziale szpitalnym Dra Dunina, gdzie wzięło początek tyle innych pięknych prac, które istotnie wzbogaciły literaturę naukową lekarską, autor zebrał obfitą wiązankę własnych spostrzeżeń, w ciągu lat pięciu sumiennej pracy i w powyższem dziełku zestawił je dla użytku naszych lekarzy. Dwie tablice chromolitograficzne, w zakładzie Główczewskiego ze zwykłą dokładnością i pięknie wykonane, zdobią pracę, która powinnaby się znaleść w księgozbiorze każdego z lekarzy, któremu postępy wiedzy polskiej nie są obojętne.

Na tem miejscu ograniczę się tylko do krótkiego streszczenia najważniejszych punktów pracy, odsyłając czytelnika po zajmujące szczegóły do oryginału.

Znajomość samej sprawy chorobowej zimnicy sięga najodleglejszych czasów. Już Hippokrates, Palladius, Avicenna znają warunki, w jakich zimnica powstaje. Vitruvius, Varro i Columella robią gienialne przypuszczenia co do natury zarazka. Wszakże dopiero Binz w r. 1867 pierwszy opisuje bakterye, które znalazł we krwi chorych na zimnicę, a Klebs i Tomassi Crudeli hodują sztucznie te bakterye z powietrza wody i ziemi; sposób jednak, jaki zastosowali, przy obecnym stanie wiedzy, musimy uważać za zupełnie błędny, a więc i wyniki nie mogły mieć żadnej wartości. Do odkrycia pasorzytów zimnicy doprowadziły spostrzeżenia nad ziarenkami czarno-brunatnego barwika w zimnicy. Pierwszy zwrócił na nie uwagę Meckel w r. 1847. Virchow sądził, że powstaje on w śledzionie, Arnstein i Kelsch (1874) wyrazili przypuszczenie, które Marchiafava udowodnił ostatecznie, że wytwarza się on we krwi. Już Frerichs spostrzegał, że barwik ten był zawarty w kulistych tworach. Laveran wreszcie powziął pierwszy myśl, że twory te, obdarzone ruchem, są to pasorzyty, których rozróżniał 4 postacie: półksiężycowate, kuliste, nieregularne i drobne niejednostajne. Wszystkie te kształty Laveran przyjął za różne stopnie rozwoju jednego pasorzyta. Najmłodsze przyczepiają się do czerwonych ciałek krwi, rosną, niszcząc substancyę ciałka, później uzbrajają się w długie niteczki, będące cechą dojrzałości osobnika, który w końcu traci je staje się nieruchomym i rozpada się, uwolniony zaś barwik krąży we krwi.

W r. 1884 Laveran dalej rozwija swą teoryę o pasorzytach zimnicy, którym przypisuje zdolność przemiany hemoglobiny krwi w melaninę i tym sposobem kwestyę barwika rozwiązuje.

Marchiafava i Celli wykrywają następnie nowe postacie pasorzyta i nadają mu nazwę, obecnie za niewłaściwą uważaną, *plasmodium malariae*. Rozpadanie się pasorzyta uważają oni za jego rozmnażanie się. Wykrywają również postać bez barwika, właściwą ciężkim gorączkom letnim i jesiennym, prócz tego wywołują chorobę przez wstrzyknięcie krwi malaryków z pasorzytami ludziom zdrowym.

Golgi w r. 1886 wykrywa związek pomiędzy postaciami klinicznemi zimnicy, a kształtem plasmodyów. Na pasorzytach czwartaczki przekonywa się on, że rozwój zarazka trwa 3 doby i że powstawanie nowej generacyi ma miejsce podczas przerwy, oddzielającej dwa napady gorączki.

Danilewski, Miecznikow, Councilman, Osler popierają przez nowe spostrzeżenia odkrycia poprzednich badaczy; nie mogą ich zachwiać wzmocnione przypuszczenia co do bakteryjnego pochodzenia zarazka.

W dalszym ciągu Golgi znajduje różnicę pomiędzy pasorzytem trzeciaczki i czwartaczki, zaś Celli i Guarnieri odróżniają 2 wybitne postacie: pełzakowatą (amebowatą) i pół księżycową. Druga ta postać, właściwa ciężkim formom zimnicy, zostaje opracowaną szczególnie przez Canalisa.

Od roku 1890 także środkowa Europa bierze udział w pracach nad pasorzytem zimniczym. Paltauf pierwszy w Niemczech potwierdził odkrycie Laverana, a Plehn postawił jako zasadę, że tylko te przypadki należy uważać za zimnicę, w których znachodzą się we krwi plazmodye.

Gdy już przyroda pasorzytnicza malaryi przestała ulegać wątpliwości i opozycyę, co do tej sprawy, pokonano, przystąpiono do zbadania bliższych szczegółów życiowych tych drobnoustrojów. Stwierdzono komórkową ich budowę (Grassi i Feletti); zależność objawów klinicznych od ich rozwoju; uzupełniono te spostrzeżenia badaniami anatomo-patologicznemi (Bignami); zajęto się wytłómaczeniem skuteczności środków przeciwzimniczych: chininy i świeżo poleconego przez Erlicha, Guttmanna błękitu metylenowego; wreszcie we krwi ptaków, w okolicach zimniczych wykryto pasorzyty prawie identyczne z ludzkimi (Danilewsky). Jednak mimo wszystkich tych badań pozostało w całej tej sprawie wiele stron niejasnych. I tak: nie poszczęściły się usiłowania wykrycia drobnoustrojów zimnicy po za ustrojem ludzkim; nie znaną jest droga, którą zarazek wnika do ustroju; nie powiodło się otrzymanie czystych hodowli; nie rozstrzygnięta jest kwestya pojedyńczości lub wielorakości gatunku pasorzytów, spotykanych w rozmaitych postaciach zimnicy; niezbadany jest rozwój zarazka złośliwych gorączek nietypowych; wreszcie nie zdołano bliżej oznaczyć stanowiska tych wszystkich tworów w królestwie zwierząt.

Rozróżniamy kilka odmian drobnoustrojów zimnicy:

1) W trzeciaczce zjawiają się na ciałkach krwi z końcem napadu zimniczego drobne protoplazmatyczne twory, które następnie rosną, wytwarzają kosztem hemoglobiny czarny barwik (melaninę), okazują żywe ruchy amebowate, a gdy dosięgną wielkości ciałka czerwonego, co następuje po 48 godzinach, rozpadają się na 15—20 zarodników. Wytwarzaniu się nowego pokolenia towarzyszy nowy napad. Dwa pokolenia, różniące się wiekiem o 24 godzin, mogą wywołać gorączkę codzienną.

2) Podobnie rozwija się pasorzyt czwartaczki, tylko że ruchy jego są mniej żywe; wytworzone straty melaniny są grubsze, a mniej liczne; rozwój trwa 72 godzin, a ilość zarodników, wynikłych z podziału, mniejsza, wynosi bowiem 8—10. Trzy pokolenia, różniące się wiekiem o 24 godzin, mogą być przyczyną gorączki codziennej.

3) Pasorzyty w nieprawidłowych postaciach zimnicy są mniej dobrze poznane. Przedstawiają się one bądź w kształcie małych obrączek lub ciałek protoplazmatycznych, wykonywujących ruchy pełzakowate (amebowate), i zawierających mało, lub wcale niezawierających barwika, bądź też w postaci półksiężycowatych dużych pasorzytów, których dłuższa średnica przenosi nieco średnicę czerwonego ciałka krwi. Ich pochodzenie i dalsze losy nie są znane, zaś rozmaici autorowie wyrażają pod tym względem sprzeczne zapatrywania. Mannaberg przypuszcza, że formy obrączkowate mogą albo pojedynczo wytwarzać zarodniki w ciągu 24, względnie 48 godzin, lub tworzą t. zw. syzygie, t. j. łączą się po dwa do czterech i wtedy powstaje półksiężyc. Rozróżnia on za przykładem Marchiafavy, Celliego i Bignamiego trzy gatunki tych pasorzytów: *a*) barwikowy, *b*) bezbarwikowy pasorzyt zimnicy złośliwej codziennej i *c*) pasorzyt złośliwej trzeciaczki.

Co do przyczyny napadów gorączkowych, wywołują je jady wydzielane przez pasorzyty, a do powstania napadu przyczynia się i ta okoliczność, że dojrzałe drobnoustroje zatrzymują się w narządach wewnętrznych, między innymi i w kłębuszkach nerkowych, przez co wydzielanie toksyn z moczem jest utrudnione. Ustąpienie napadu tłómaczy się śmiercią pewnej liczby pasorzytów, mianowicie zapóźnionych

w rozwoju, a rozpadem innych na zarodniki; te zaś mniejszą rozwijają działalność, niżeli osobniki dojrzałe. Wreszcie spostrzegane, mianowicie w ciężkich podzwrotnikowych zimnicach, objawy miejscowe ze strony różnych narządów, jak mózgu i kiszek, tłómaczą się mechanicznemi przeszkodami w krążeniu, wywołanemi obecnością w naczyniach włosowatych zatorów, powstałych z pasorzytów.

Autor zwraca następnie uwagę, jak doniosłe znaczenie ma odkrycie pasorzytów zimnicy dla rozpoznawania cierpienia; dodatni bowiem wynik badania jest bezwzględnym dowodem zakażenia zimniczego. W końcu omawia sprawę samowyleczenia zimnicy, oraz wpływu, jaki wywierają podwyższona ciepłota, chinina i błękit metylenowy na pasorzyty tej choroby.

Bujwid i Lewkowicz.

Kaufmann (prof. w Wrocławiu): **Lehrbuch der speciellen pathologischen Anatomie**. Berlin 1896. Stron 970, 2 tablice i 368 rycin w tekscie.

Większość uczących się pragnie znaleść w podręczniku: łatwy język, przejrzysty i systematyczny układ, obfitość dobrych i pouczających rysunków, a przedewszystkiem jasne i stanowcze, choćby nawet poniekąd dogmatyczne zestawienie cech tej lub owej zmianie chorobowej właściwych, a szczególnie skwapliwie szuka pewnych wskazówek do rozpoznania różniczkowego. Te ostatnie posiadają niewątpliwie także wielką wartość dla lekarza praktycznego, niekiedy tylko i dorywczo niejako wykonywującego sekcye anatomopatologiczne, a niemogącego z natury rzeczy wiadomości swoich w tym kierunku systematycznie odnawiać i powiększać, ani biblioteki swojej w większą ilość nowszych podręczników zaopatrywać; dla lekarzy na prowincyi przedewszystkiem pożądaną jest książka, w nie za wielkich rozmiarach, obejmująca całość najnowszych naukowych zdobyczy, nie rozwodząca się zanadto nad zagadnieniami, nie rozstrzygniętemi jeszcze stanowczo, a pozwalająca szybko i bez trudu rzecz potrzebną odnaleść.

Podręcznika, któryby tym żądaniom odpowiadał, brak było dotychczas zupełnie; w rękach słuchaczy Wydziału lekarskiego znajdujące się podręczniki wywoływały rozmaite utyskiwania, bądź, że są za obszerne i za drogie (podręcznik Ortha), bądź, że napisane językiem trudnym i mało dostępnym (książka Birch-Hirschfelda), bądź, że nie dość przejrzyste, zapuszczające się zanadto w sporne kwestye (n. p. dzieło Zieglera), wreszcie, że za ubogie w ryciny, i mało zwracające uwagi na rozpoznanie różniczkowe. Pod tym ostatnim względem dopiero niezbyt dawno zyskała ucząca się młodzież dzielną pomoc w wybornej dyagnostyce anatomopatalogicznej Ortha, dość jednakże drogiej; a cena dzieła nieostatnią odgrywa rolę.

Brakom wspomnianym w znacznej części zapobiega świeżo wydany podręcznik Kaufmanna. Zaletą jego jest jeszcze i to, że autor, odstępując od przyjętego szablonu, ze względów pedagogicznych wtrąca wszędzie treściwe uwagi kliniczne, nawiązując w ten sposób, o ile to w ramach podręcznika podobna, do danych anatomo-patologicznych stronę praktyczną i że w krótkim zarysie omawia w każdym rozdziale najczęstsze powikłania w niektórych sprawach chorobowych się przydarzające. Taki układ dzieła ułatwia uczącemu zdanie sobie sprawy z całości każdego przypadku sekcyjnego i uczy go oceniać praktyczny pożytek anatomii patologicznej. Dobrym pomysłem również są poprzedzające każdy rozdział krótkie uwagi o stosunkach prawidłowych danego organu itd. Podręcznik uwzględnia wszystkie najnowsze badania. Ryciny, chociaż nader liczne, są jednak najsłabszą stroną książki. Rysunki w tekście, wykonane zapomocą cynkotypii, są nie dość jasne i nieszczególnie odbite i nie dorównują one wcale wybornym drzeworytom, jakiemi odznacza się np. dzieło Zieglera. Rysunki na dołączonych do dzieła tablicach są poprostu liche. Z wyjątkiem tego, wcale ważnego, braku, podręcznik Kaufmanna zasługuje na zupełne uznanie; prawdopodobnie też szybko znajdzie on je wśród uczącej się młodzieży, zwłaszcza, że jest stósunkowo niedrogi. (14 MK.). *Ciechanowski.*

V. Wyciągi.

Petruschky: **Próby z surowicą przeciwpaciorkowcową**. (*Ctblt. für Bacteriol.* 1896. Tom XX Nr. 4/5). Próby dokonane były w Zakładzie dla chorób zakaźnych w Berlinie. Autor rozporządzał dwoma bardzo jadowitemi odmianami paciorkowca własnego chowu, a nadto trzecią, autentyczną hodowlą Marmorka. Okazało się, że hodowla Marmorka nie była wcale jadowitszą od obu tamtych odmian; wszystkie 3 bowiem zabijały w dawce jednej milionowej części centymetra sześciennego dorosłe króliki, jednak nie stale; zwierzęta, które tę dawkę przeżyły, nie okazywały po jej zadaniu wogóle żadnych zaburzeń chorobowych. Wnosi z tego autor, że taka dawka jest granicą ostateczną rozcieńczenia hodowli, poza którą nawet jadowitsze od użytych paciorkowce, jeżeliby je zdołano uzyskać, chorobotwórczo działać nie mogą; twierdzenie Marmorka, że jego paciorkowce zabijały króliki już w dawce jednej stumilionowej części cm. sześć., oparte na jedynem, dokładniej opisanem doświadczeniu, jest fałszywe. Do prób z surowicą używał autor autentycznego wyrobu Marmorka, nadesłanego wprost z Paryża i, według przepisu Marmorka wyrabianej surowicy lyońskiej, a dla porównania dwóch jeszcze surowic, o których było wiadomo, że cośkolwiek wzmacniają odporność królików przeciw zwykłym paciorkowcom. Pokazało się, że po poprzedniem wstrzyknięciu tych dwóch surowic zwierzęta, zakażone paciorkowcami najjadowitszymi, ginęły później i wśród objawów różycowych w miejscu wstrzyknięcia; natomiast zwierzęta, którym zadano surowicę Marmorka, ginęły bez śladu miejscowego odczynu równie szybko, jak zwierzęta, wcale surowicą nie leczone. Autor doszedł do następujących wyników:

1) Nowych danych, odnoszących się do stopnia jadowitości paciorkowców, prace Marmorka nie dostarczyły.

2) Ani autentyczna paryska, ani lyońska surowica Marmorka nie chroni zwierząt od zakażenia paciorkowcem Marmorka, lub jedną z dwóch, równie jadowitych, hodowli autora.

3) Francuskie surowice Marmorka, zawet autentyczne, nie nadają się do prób leczniczych u ludzi.

4) Niema dotychczas dowodu, że leczenie zakażenia paciorkowcowego, zapomocą surowicy, jest wógóle rzeczą możliwą.

Ciechanowski.

1) Memmo: **Przyczynek do etyologii wścieklizny**. (*Centralblatt f. Bacteriol.* 1896, Tom XX. Nr. 6/7). 2) Bruschettini: **Badania bakteryologiczne wścieklizny**. (Tamże). Wyniki badań obu autorów rozchodzą się w zupełnie przeciwne strony.

1) Memmo wyhodował z rdzenia zwierząt wściekłych rodzaj drożdży, zapomocą których udawało mu się wywołać wściekliznę u morskich świnek, psów i królików; jednakże u dwóch pierwszych gatunków zwierząt można było przenosić zakażenie kolejno na cały szereg osobników, przeciwnie zaś u królików, nie zawsze zresztą zakażeniu ulegających, wcale się to nie powiodło. Współcześnie z prowadzonymi w Rzymie doświadczeniami M., ukończył

2) Bruschettini swoje badania w Turynie i, na ich podstawie, twierdzi, że przyczyną wścieklizny jest bardzo drobny, krótki a gruby prątek, barwiący się silniej na końcach, niż w środku, rosnący na agarze w postaci ledwo dostrzegalnych, bladoszarych, do kropli rosy podobnych nalotów, a dający się wykazać drobnowidowo w rdzeniu zwierząt wściekłych.

Prątek ten wywołuje u królików typową, śmiertelną wściekliznę. Przyszłość pokaże, po czyjej stronie słuszność.

Ciechanowski.

Friedeberg: **Śmierć histeryczki po połknięciu igieł.** (*Centralblatt f. Innere Medizin* Nr. 20, 1896). Autor przytacza przypadek 29 letniej chorej, która z powodu macicznego krwawienia leczoną była przez ośm tygodni na oddziale chirurgicznym magdeburskiej kliniki, a następnie, z powodu wystąpienia gwałtownych krwawych wymiotów i bólów żołądkowych, przeniesioną została na oddział chorób wewn. Przy badaniu wykazano tyłozgięcie macicy, leczone zakładaniem krążka. Obok krwawych wymiotów, chora traciła krew stolcem. W dalszym ciągu tej choroby wystąpiło zapalenie otrzewnej, które zakończyło się zejściem śmiertelnem chorej. Sekcya wykazała w miednicy małej nieznaczną ilość ropnego płynu, a w wyrostku robaczkowym, którego ściany były silnie nastrzykane, znaleziono dwie igły, zwrócone uszkami ku końcowi wyrostka. W żołądku zaś, na krzywiźnie małej, widocznem było miejsce, pokryte małemi kępkami krwi.

Nie ulega zatem wątpliwości, że chora ta połknęła igły jeszcze przed przyjęciem na klinikę. Igły te wywołały wprawdzie w żołądku zmiany błony śluzowej, innych jednak zaburzeń nic spowodowały i, dopiero wskutek dostania się do wyrostka robaczkowego i utkwienia w nim, stały się powodem śmiertelnego zapalenia otrzewnej.

Przypadek ten jest ważnym głównie ze stanowiska rozpoznawczego, gdyż tak wymioty jak i stolce krwawe były uważane za objawy przyrody histerycznej.

Dr. Adam Dobrowolski.

Dr. Bogdanik: **Przypadek pękniętego torbiela jajnika wskutek urazu.** (*Nowiny lekarskie*, Wrzesień). Przypadek B. dotyczy młodej 22 letniej osoby, u której, wskutek tak ustania regularności, jak i nadmiernej objętości brzucha, rozpoznano w Sierpniu 1895 ciążę.

Ufna w rozpoznanie, przygotowywała się ta osoba do porodu; tymczasem przy końcu lutego 1896 upadłszy na brzuch, nagle dostała silnych bolów w żywocie, a biorąc je za bóle porodowe, poparta jeszcze rozpoznaniem akuszerki, udała się do szpitala, gdzie została przyjętą.

Wywiady wykazały brak dziedzicznego obciążenia, cięższych chorób nie przebywała; regularność wystąpiła w 14 r. życia i utrzymywała się w jednakowych odstępach czasu do Czerwca, 1895 r.; od tej pory wystąpiły krwotoki maciczne, co 8 dni pojawiające się. Badanie wykazało nadmierną objętość brzucha, obwód jego przez pępek wynosił 126 cm. Powłoki brzuszne równomiernie rozdęte, prężne, wypuk całkowicie stłumiony, wyjaśniający się jedynie, przy zmianie położenia, w górnych częściach. Na całej powierzchni brzucha stwierdza się wyraźne chełbotanie. Macica nie powiększona, zmian w narządach wewnętrznych nie znaleziono. Mocz barwy brudno zielonej, oddziaływa kwaśno, o cięż. gat. 1023, białka nie zawiera, chlorki prawidłowe. W osadzie znaczna ilość moczanów i fosforanów.

Po upewnieniu się co do zawartości płynu w jamie otrzewnowej, wykonał B. $^{24}/_{2}$ punkcyę, wypuszczając 20 litrów płynu gęstego i lepkiego, barwy ciemno czerwonej, zawierającego białko, oraz ciałka białe i czerwone krwi. Dopiero po wypuszczeniu płynu badanie stało się umożliwione i wykazało w jamie brzusznej duży guz o powierzchni nierównej, twardej, przesuwalny, wychodzący z lewego jajnika. Po punkcyi stan chorej był zadowalniający, ciepłota wahała się między 36·3°C a 37·3°C, tętno słabe 120 uderzeń na minutę. Czwartego dnia po punkcyi wykonał B. laparatomię, wypuścił jeszcze kilka litrów płynu tej samej przyrody co poprzedni i wyciął duży torbiel o szypule krótkiej a szerokiej, wychodzący z lewego jajnika. Naczynia szypułki B. podwiązał, i brzegi otrzewnej, która była mocno nastrzykaną, zeszył ponad szypułką. Po oczyszczeniu jamy otrzewnowej, zaszył B. ranę, zostawiając jedynie dolny jej odcinek wolnym, przez który przeprowadził do zatoki Douglasa gruby sączek, owinięty gazą jodoformową.

Do podwiązek użył B. 3% katgutu karbolowego, który przedtem nieoględnie włożono na krótki czas do kw. chromowego.

Po operacyi stan chorej był zadawalniający, ciepłota wahała się między 36·6 a 39°C, dopiero po kilku dniach wystąpiła silna biegunka, którą usunięto stosowaniem nalewki makowcowej.

W 5 dni po operacyi usunięto sączek, zostawiając jedynie gazę jodoformową. Następnego dnia wyjął B., tampon z gazy jodof. i wstrzyknął do jamy otrzewnowej nieco zawiesiny jodoformej. Następnych dni usunął B., na dwa zawody, szwy i wstrzykiwał tylko zawiesinę jodoformową. Ponieważ równocześnie znaleziono zapalenie pozamaciczne, wprowadzano gałki z ichtyolem do pochwy (à 0·10), dwa razy dziennie. Mimo częstych zmian opatrunku, ropienie w jamie otrzewnowej utrzymywało się długo, i dopiero po usunięciu sznurka skręconego katgutu, użytego jako sączka, ropienie zaczęło się zmniejszać. Długi kawałek katgutu, który B. użył do podwiązania kikuta jajnika, był całkiem nienaruszony, a pętle jego co kilka dni z jamy brzusznej odchodziły.

Z chwilą zmniejszenia się ropienia i stan ogólny chorej zaczął się widocznie poprawiać, tak, że chora podczas 8 tygodniowego pobytu w szpitalu, zyskawszy 10 klg. na wadze, zakład opuściła. Regularność pojawiła się dopiero w cztery miesiące po operacyi, tj. w Czerwcu 1896, a rana zabliźniła się zupełnie dopiero po odejściu ostatniej podwiązki katgutowej.

Długo utrzymujące się ropienie, odnosi w tym przypadku B. do niestósownego użycia katgutu karbolowego, przedtem w kw. chromowym zamoczonego. W ranach niezakażonych może wprawdzie taki katgut leżeć bezkarnie; jednak w tym przypadku, gdzie już przy operacyi spostrzeżono zapalenie otrzewnej, użycie go pociągało za sobą długie ropienie, i katgut, użyty do podwiązek, nie wessany, na zewnątrz się wydzielił. *Dr. Adam Dobrowolski.*

Dr. L. Glück (Serajewo): **Czy trąd istnieje w Dalmacyi?** (*Archiv f. Dermat. u. Syphilis.* Tom XXXVI. str. 1. 2.). Przytaczając na początku pracę Howorki, ogłoszoną w XXXIV. tomie tegoż archiwum, o trądzie w Dalmacyi i podnosząc, że autor nie opisał żadnego rzeczywistego przypadku trądu, — wskazuje G. na przypadek przez siebie spostrzegany w szpitalu w Serajewie, jako pierwszy w Dalmacyi. Młodzieniec 23-letni, wieśniak, słabo rozwinięty, na znacznie młodszego wyglądający, cierpi od dwóch lat na następujące zmiany: na skórze twarzy, ramion i gardzieli guzki, obok zgrubienia warg i policzków (*leontiasis*); brak brwi i rzęs, zmniejszenie czucia w miejscach chorobą dotkniętych, obok przeczulicy miejsc zdrowych Na mocy tych objawów rozpoznał autor: *Lepra tuberoso-anaesthetica.* Przytem zwraca G. uwagę na często w tej postaci choroby trafiające się objawy, t. j. na przebicie przegrody nosowej, zniekształtnienie nosa i obrzęk gruczołów chłonnych szyi. Z wywiadów zaś zasługuje na uwagę to, że chory spożywał przed chorobą dużą ilość ryb morskich i, że to podczas choroby sprawę pogarszało, — co już dawno podnoszono w przyczynach powstawania trądu. Tym sposobem daje autor twierdzącą odpowiedź na pytanie, w nagłówku postawione.

F. K.

Schamschin J.: **Przyczynki do patologii mięśnia sercowego.** (*Ziegler's Beiträge.* T. XVIII s. 47—71). W pracy wykonanej w zakładzie patologicznym we Freiburgu, opisuje Sch. dwojakiego rodzaju doświadczenia: jedne, dotyczące troficznego wpływu nerwu błędnego na mięsień sercowy, drugie, zmian w tymże mięśniu pod wpływem błonicy. Przecinając nerw błędny spostrzegał autor silne przekrwienie małych żył i naczyń włosowatych, a w 14 dni po przecięciu stwierdzał ziarniste lub tłuszczowe zwyrodnienie włókienek

mięsnych, powstające, zdaniem autora, wskutek zawieszenia czynności przeciętego nerwu.

W błonicy spostrzegał autor tłuszczowe i szkliste zwyrodnienie włókien mięśnia sercowego. Zwyrodnienie tłuszczowe występowało ogniskowo, a zwyrodniałe szkliste włókienka znajdowały się prawie zawsze pomiędzy ogniskami zwyrodnienia tłuszczowego. W przypadkach daleko posuniętego zwyrodnienia tłuszczowego zanikało jądro komórkowe. Ponieważ nadto autor spostrzegał zwyrodnienie tłuszczowe w ścianach tętniczek, a prócz tego znajdował bardzo często w świetle naczyń stłuszczone ciałka białe, przychodzi przeto do przekonania, że działanie jadu błoniczego rozpoczyna się od ścian naczyniowych. *Dr. Nartowski.*

Keller (Wrocław): **Białkomocz okresowy** *(albuminuria cyclica)*. (*Jahr. f Kinderhlkd.*, T. XLI, 1896). Siedm przypadków, leczonych w klinice wrocławskiej tego cierpienia, stanowiło punkt wyjścia dla pracy niniejszej. Były to dzieci w wieku od 8 do 13 lat, a zgłaszały się do kliniki z powodu cierpień ogólnych, jak bólu głowy, osłabienia, wychudnienia itd.

Badanie przedmiotowe nie wykazywało również żadnych zmian w narządach wewnętrznych. Z wywiadów kilka razy dowiedziano się, że chorzy ci przebywali choroby zakaźne wysypkowe; mimo to jednak autor nie przypuszcza, aby istniał jakiś związek między tymi chorobami a białkomoczem; zauważono bowiem, że płonica, którą jedno z dzieci, przyjętych z powodu białkomoczu, w ciągu obserwacyi w klinice przebyło, nie wpłynęła zupełnie na chorobę pierwotną.

Z szczegółowych badań moczu przytaczamy następujące dane: ciężar gatunkowy wahał się między 1·003 a 1·030, oddziaływał kwaśno, ilość na dobę wynosiła od pół do dwóch litrów, w osadzie stwierdzano wałeczki przybłonkowe i szkliste. Jako objaw najwięcej cechujący, stwierdzano pojawianie się białka w moczu wieczornym, a brak jego w rannym. Nie zauważono, ażeby ilość białka stała w jakimś związku z pracą wykonywaną, pożywieniem lub napojami.

Ściślejsze badania chemiczne wykazywały obecność w moczu nukleiny, białkomocz więc okresowy uważać by należało za nukleoalbuminuryę, analogiczną do tej, jaką wywołać można sztucznie u zwierząt, przez podwiązanie tętnicy nerkowej. Na podstawie tych danych przypuszcza autor, że białkomocz okresowy polegać musi na zmianach anatomicznych w miąższu nerki, prawdopodobnie w przybłonkach. Przyczyny tych zmian nie znamy, a z dwóch przypuszczeń, to jest, że białkomocz ten zależy od nieprawidłowego zgięcia tętnicy nerkowej, lub że jest wynikiem samozakażenia ustroju z przewodu pokarmowego, raczej to drugie przyjąć by należało.

Raczyński.

Prof. Dr. Maragliano (Genua): **Surowica przeciwgruźlicza i jej antytoksyna.** (*Berl. klin. Wochenschrift* Nr. 35, 1896). Ażeby wywołać w zwierzętach wytwarzanie gruźliczych antytoksyn, szczepił je M. całym toksycznym materyałem, jaki się daje otrzymać z żywych hodowli gruźliczych. Ten toksyczny materyał został otrzymany w dwóch różnych grupach. Grupę A otrzymano w ten sposób, że zagęszczano hodowle w łaźni wodnej przy ciepłocie 100°C. w ciągu 3—4 dni, tak jak to czynił Koch dla otrzymania tuberkuliny. Grupę B otrzymano, przepuszczając hodowle w ciepłocie pokojowej przez sączek Chamberlanda, a potem zagęszczając w próżni, przy ciepłocie niewyższej od 30°C. Tym sposobem otrzymuje się w grupie A toksyczny materyał, który wytrzymuje ciepłotę 100°C., t. j. proteiny czyli tuberkulinę zawarte w ciele bakteryj; w grupie B znachodzą się produkty wydzielane przez bakterye, t. j. toksalbuminy nie znoszące wysokiej ciepłoty, obok nich nieco tuberkuliny, gdyż w każdej świeżej hodowli znajdują się obumarłe bakterye, po części już rozpuszczone. — M. przekonał się, że w grupie B znachodzą się ciała, które u ludzi i świnek morskich gruźliczych wywołują pocenie i obniżenie ciepłoty, a zadane w większej ilości, zabijają świnki morskie, wśród objawów zapadu. Ciała te więc działają przeciwnie niż proteiny, po części i w tej grupie się znajdujące, i działają pomimo ich obecności. Po ogrzaniu przesącza tego do 100°C., traci on swe własności, natomiast występuje zwykłe działanie proteinów. Jako jednostkę toksyczności obu otrzymanych płynów uważa M. 1 cm.³, zabijający 1 hektogram zdrowej świnki morskiej. Dla skontrolowania zagęszczono jałowy płyn użyty do hodowli i wstrzyknięto zwierzęciu, które (wstrzyknięcie) nie wywołało żadnych objawów. Do szczepień używa M. 3 części A i 1 część B, stosując mięszaninę tę w dawkach coraz większych, zaczynając od 2 mgr. na kilo zwierzęcia, i dochodząc do 40—50 mgr. przez codzienne zwiększanie o 1, a potem stosując te największe dawki przez dłuższy czas. Do szczepień tych użyto psów, osłów i koni. Odporność (imunizacya) występuje zwykle po 6-ciu miesiącach szczepienia, czyli, że zwierzęta tak szczepione wytrzymują potem b. silne dawki i są odporne na wstrzyknięcie do żył takich ilości hodowli gruźliczych, które u nieuodpornionych zwierząt wywołują gruźlicę.

Po 6-cio miesięcznem szczepieniu, dosyć już znaczne ilości antytoksyn znajdują się w surowicy krwi; przekonawszy się o tem, przestaje się wstrzykiwać przez czas 3—4 tygodni, aby cały wstrzyknięty toksyczny materyał ze krwi ustąpił. Po upuście krwi, robi się surowicę w ten sposób, jak zwykłe lecznicze surowice. Najlepsza surowica jest końska.

W surowicy znajdują się ciała przeciwdziałające trującym własnościom gruźlicy; 1 cm³. tej surowicy ratuje od śmierci 1 hektogram. zdrowej morskiej świnki, której wstrzyknięto najmniejszą śmiertelną dawkę gruźliczych proteinów. U gruźliczych morskich świnek trzeba, dla uratowania życia, wstrzyknąć 2—4 cm.³ surowicy na 1 hektogram wagi zwierzęcia. U ludzi gruźliczych wystarcza 1 cm.³ surowicy, by zneutralizować działanie najmniejszej ilości tuberkuliny, wywołującej gorączkę. Przytem trzeba postępować w ten sposób, że wypróbowawszy, jaka najmniejsza ilość u danego osobnika wywołuje gorączkę, wstrzyknąć ją razem z 1 ctm. surowicy, a odczyn nie wystąpi. Dla kontroli po 3—5 dniach znowu się wstrzykuje tuberkulinę, lecz bez surowicy, a reakcya znowu się pojawi. Zresztą stwierdzono, że po pewnej ilości wstrzykiwań surowicy chory znosi nawet 10 razy większą dawkę tuberkuliny bez odczynu.

Tym sposobem przygotowana surowica zabija prątek gruźliczy w hodowli. W dalszym ciągu obiecuje autor podać obszerniej swe doświadczenia, co do leczniczych własności swej surowicy na zwierzętach gruźliczych. *Roż.*

VI. Sprawozdanie ze Zjazdu higienistów niemieckich odbytego w Kilonii,

w czasie od 10. do 13. Września b. r.

Napisał

Dr. J. Buszek, fizyk m. Krakowa.

(Dokończenie Patrz Nr. 40).

Na zakończenie swego odczytu przedłożył prof. Frankel następujące wnioski:

1) Właściwą przyczyną błonicy jest prątek przez Loefflera wykryty. Znachodzi się on: *a)* na schorzałych zwykle częściach (skóra i błony śluzowe); *b)* często w otoczeniu chorego; *c)* rzadko na błonach śluzowych ludzi zdrowych.

2) Zarażenie następuje: *a)* bezpośrednio z człowieka chorego na zdrowego (wykrztuszanie, całowanie i t. p.); *b)* pośrednio przez przenośniki, na których się mieszczą właściwe zarodniki (pościel, bielizna i ubranie chorych, zabawki, naczynia do jedzenia i picia, artykuły żywności i t. p.).

3) Zarażenie rozwija się, jak tego obecność prątków błoniczych w zdrowym ustroju dowodzi, tylko na tle szczególnego usposobienia.

Zwalczanie błonicy ma działać w kierunku:

1) Ażeby niszczyć prątki błonicze *a*) u człowieka chorego przez *α*) szybkie leczenie i skrócenie przebiegu choroby wstrzykiwaniem surowicy Behringa; oraz β) leczenie miejscowe części zajętych, zapomocą środków odwietrzających (roczczyn Loefflera); *b*) a w otoczeniu chorych dezinfekcyą ich wydzielin chorobotwórczych, jakoteż stancyi chorego, jego bielizny, ubrania i t. p.

2) Ażeby zamknąć drogi, któremi się przenoszenie zarazka odbywa: w tym celu należy oddzielić chorych i ich służbę, aż do czasu, kiedy zupełnie znikną właściwe zarodniki; zakazać uczęszczania do szkoły chorym i ich współmieszkańcom; zabronić liczniejszych zebrań, szczególniej dzieci w mieszkaniu chorego i w miejscu, gdzie składają zwłoki; rozciągnąć dozór nad sprzedażą artykułów żywności.

Dla ustępu 1) i 2) ma najwyższe znaczenie, *a*) jak najwcześniejsze rozpoznanie przypadków prawdziwej błonicy, zapomocą badania bakteryologicznego wszystkich podejrzanych chorych, najlepiej we właściwych zakładach i *b*), na podstawie tak zdobytych danych, ściśle wykonywany obowiązek donoszenia.

3) Zwalczanie usposobienia do błonicy zapomocą *a*) pielęgnowania błony śluzowej ust i gardła: płukanie gardła zapobiegawcze środkami odwietrzającymi, *b*) ochronne stosowanie surowicy Behringa.

W dyskusyi oświadcza Dr. Thiele, że w Chemnitz zrobiono korzystne doświadczenia w zakresie zapobiegania błonicy. Starał się on oddziałać głównie na rodziców i wychowawców, zapomocą popularnych pisemek. Tak samo urzędnicy administracyjni Zweiger, Gerland, Hartwich kładli głównie nacisk na stosowne pouczania ludności o przyrodzie błonicy i środkach przeciw niej wskazanych. W Hildesheim okazała się bardzo pożyteczną większa hala, dla szybkiego pomieszczenia zmarłych z chorób zakaźnych. Dr. Jaeger szczególniejszą wartość przypisuje pouczeniu służby, jak się choroby zakaźne przenoszą z ludzi na ludzi. Berger, doradza, ażeby dla uzyskania dokładnej kontroli skutków leczenia, zaprowadzić jednolite zbieranie spostrzeżeń według obwodów. Dr. Kurth zaś zaleca, dla uproszczenia pracy przy proponowanych urzędach statystycznych, aby ją ograniczyć do wątpliwych przypadków. Prof. Fränkel w końcowem przemówieniu zaznaczył, że i przymusowe środki okazują się o tyle usprawiedliwionymi, że zadaniem ich jest wytępienie błonicy, a zatem mają przeznaczenie ograniczone co do czasu.

Czwarty z rzędu sprawozdawca Dr. G. Merkel mówił: O współdziałaniu lekarzy przy wykonywaniu higieny przemysłowej. Na podstawie samej państwowej ustawy przemysłowej, głównie zaś właściwych paragrafów tytułu „Przemysł stały“ i „Robotnicy przemysłowi“, oraz postanowień wykonawczych do nich się odnoszących, dowodził sprawozdawca słuszności twierdzeń,

1) że o skutecznym rozwoju higieny przemysłowej nie można myśleć, bez współdziałania lekarzy;

2) że zasady, według których ma się odbywać to współdziałanie, są te same, które nauka lekarska podaje. Dlatego nie jest pożądanem, aby lekarze, mający się zajmować higieną przemysłową, pozbawiali się zupełnie praktyki lekarskiej;

3) że dla lekarza higienisty przemysłowego, dokładna znajomość odnośnych prawnych postanowień i rozporządzeń jest zarówno niezbędną, jak i pewna znajomość technicznych zadań i potrzeb, jak niemniej warunków, wśród jakich mogą się utrzymywać i rozwijać przemysł i rękodzieła. Dlatego jest koniecznem, ażeby higienista przemysłowy szedł zawsze ręka w rękę z organami technicznymi, dozorczymi i administracyjnymi, co się w ogóle udaje najlepiej wtedy, jeżeli higienę przemysłową poruczy się lekarzom przemysłowym (przy urzędach administracyjnych), podczas gdy w wielkich okręgach przemysłowych, właściwi lekarze wyłącznie dla tych celów będą wyznaczeni.

4) Dlatego, w kształceniu higienicznem lekarzy i przy egzaminach lekarskich państwowych, należy zwracać szczególniejszą uwagę na higienę przemysłową.

Co do aspirantów lekarskich, to sprawozdawca kładł główny nacisk na to, żeby mieli uwagę zwróconą na wymagania praktyczne nie opuszczając przy tem stanowiska idealnego. Co zaś do ogólnej organizacyi ich działania, nie radził sprawozdawca, aby lekarzom poruczano zakres wykonawczy (*Executive*). Ażeby nie doprowadzać do przeciążenia, ich czynności powinny ograniczać się wyłącznie do higieny i policyi lekarskiej, a okręgi ich urzędowania nie powinny być zanadto rozległe.

W rozprawie nad tym przedmiotem ubolewał Dr. Jastrow, że w Prusiech, dla braku pieniędzy, czynności urzędowe lekarskie chromają, a dozór przemysłowy spoczywa najczęściej wyłącznie w rękach urzędników technicznych, i nawet często stanowi zajęcie uboczne dozorców kotłów. W Szwajcaryi, gdzie dozór nad przemysłem rozwinął się z doświadczenia lekarskiego, stosunki są lepsze, podobnież i w Bawaryi, gdzie higienę wogóle od dawna ceniono. Dlatego wnioski dla stosunków niebawarskich okazały się, co do pretensyj techników, nie dosyć energiczne. Podobnież i Dr. Busch zauważył pewną pozorną sprzeczność w drugim i trzecim wniosku. Według pierwszego, lekarz higienista nie powinien pozbywać się całkowicie praktyki lekarskiej, a znowu według trzeciego — lekarze ci mają być czysto lekarzami urzędowymi. Wallachs zwrócił na to uwagę, że urzędnicy sanitarni, rozporządzeniem państwowem z r. 1884, są zupełnie wykluczeni od udziału w komisyach, oceniających, czy np. pewne wyziewy, ze względów zdrowotnych, są szkodliwe dla zdrowia. Dopiero w siedm lat później, kiedy się okazały niekorzystne skutki takiego postępowania, rozesłało ministeryum oświaty stosowny okólnik. Merkel w końcowem przemówieniu położył nacisk na to, że on wyłuszczył swoje osobiste zapatrywania. Gdy chciał skorzystać i z obcego doświadczenia, okazało się to niemożebnem, gdyż nikt mu nie udzielił pożądanego materyału.

Trzeciego dnia mówił Prof. Busley, jako pierwszy sprawozdawca: O stosunkach zdrowotnych w marynarce handlowej i na nowoczesnych okrętach. Wskazawszy, jakie były dawniej i jakie są dzisiaj urządzenia dla przewietrzania, ogrzewania, zaopatrywania w wodę i utrzymywania czystego powietrza na okrętach dla podróżnych, przewozu towarów, a w szczególności dla okrę-

tów wojennych, doszli sprawozdawcy do następujących wniosków:

1) Technika nowoczesna jest w stanie w całej pełni uczynić zadość wymaganiom higienicznym na okrętach, jak to można widzieć na nowszych wojennych okrętach niemieckich i na wielkich parowcach pośpiesznych.

2) Coraz usilniejsze żądania, ażeby parowce uczynić szybszymi, wymagają większych maszyn, a mniejszego wypierania wody, skutkiem czego potrzeba się ograniczyć do mniejszej przestrzeni, a to wymaga nie lada rozwagi higienicznej, jeżeli na okrętach wojennych nie ma przez to ucierpieć wzgląd na prowadzenie walki, a na okrętach handlowych — dochody.

3) W nadchodzącem stuleciu elektryczności, urządzenia maszynowe, jakie na okrętach dla utrzymania zdrowia musi się zaprowadzić, rozwiną się szybciej i dadzą się łatwiej wydoskonalić, aniżeli to na schyłku wieku pary było możliwem.

Drugi sprawozdawca zakończył swój wywód następującymi wnioskami:

1) Ponieważ większa część okrętów kupieckich nie ma żadnego lekarza, a śmiertelność pomiędzy marynarzami z chorób, dających się uniknąć, jest stosunkowo wielką, dlatego należy żądać, ażeby stosunki sanitarne na okrętach niemieckich podczas podróży były zaraz po powrocie do ojczyzny, regularnie, według jednolitego planu badane, a podczas przebywania okrętów w porcie stale i ściśle dozorowane.

2) Wyniki tego dozoru należy gromadzić w centralnym zarządzie i zużytkować je dla dalszego ułożenia bardzo dotąd skąpych postanowień, co do higieny przestrzeganej na okrętach.

3) Na szczególną uwagę zasługują przypadki febry żółtej i gruźlicy pomiędzy marynarzami i niekorzystne stosunki zdrowotne pomiędzy służbą, zajętą przy paleniskach.

4) Z postępów techniki, co do poprawy warunków higienicznych na okrętach, musi służba okrętowa korzystać na większe rozmiary, aniżeli to się dotąd działo.

5) Przy rozwijaniu sanitarnej opieki nad służbą okrętową nie zaleca się, podobnie jak w Anglii, określanie postanowień w równej mierze dla wszystkich okrętów. Żądania należy raczej miarkować stosownie do wielkości i przeznaczenia okrętu.

VII. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska w Krakowie.

Wydział Izby lek. zachodnio-galicyjskiej w Krakowie odbył dnia 30. Września b. r. III. posiedzenie, na którem:

1) przyjęto protokół z II. posiedzenia;

2) upoważniono prezydenta do zasięgnięcia w ministerstwie spraw wewnętrznych wiadomości, tyczących się regulaminu Izby;

3) polecono znieść się z innemi Izbami w sprawie delegowania przez Izby lekarzy do komisyj podatkowych;

4) postanowiono przesłać Izbie lwowskiej do wiadomości i załatwienia ogłoszenie bandażysty Fr., we Lwowie zamieszkałego;

5) zwrócono skargę chirurga A. przeciw medykowi W. o nieprawne wykonywanie przez tegoż praktyki lek., jako nadającą się do wniesienia w odnośnem c. k. Starostwie.

6) złożono *ad acta* skargę akuszerki S. przeciw Drowi H., jako przekraczającą kompetencyę Izby;

7) uwzględniono 7 podań o uwolnienie od opłaty.

Poczem odbyło się I. posiedzenie Rady honorowej, na którem rozdano kilka spraw do zaopiniowania poszczególnym referentom, oraz oznaczono zasadniczo, że jeżeli referent jest w wątpliwości, co do pewnych szczegółów dotyczących sprawy, ma prawo zażądać, za pośrednictwem prezydyum Izby, poufnych informacyj o spór wiodących stronach, od osób trzecich.

× **Do Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej** *a*) zgłosili się w ciągu III. kwartału b. r. Drowie: Bier Leonard, Batko Józef, Landau Rafał, Jankowski Stanisław, Sieradzki Włodzimierz, Teichmann Aleksander, Sochacki Leon, Droba Stanisław — wszyscy z Krakowa; Beaurain Karol z Zakopanego, Tryniecki Bolesław z Grodziska, Mańkowski Sylwester i Wąsowicz Zygmunt z Ciężkowic, Eisenstein Joachim z Rymanowa, Kosterkiewicz Joachim (bez podania miejsca pobytu).

b) Przesiedlili się w okręgu Izby Drowie: Miodoński Franciszek z Żywca do Buczkowic, Solecki Jan z Muszyny do Piwnicznej, Bednarski Józef z Bobrku do Alwernii, Mikołajski Szczepan z Ciężkowic do Krakowa, Sroczyński Juliusz z Krakowa do Białej.

c) Opuścili okręg Izby Drowie: Hand Jonatas z Ulanowa do służby wojskowej, Arzt Adolf, Mallik Józef, Malsburg Henryk z Krakowa do Lwowa, Tabor Bronisław z Nowego Sącza do Lwowa, Janikiewicz Stanisław z Krakowa do Boryni, Woszczyński Juliusz z Krakowa do Kulparkowa.

d) Zmarli: Chirurg Dobiasch Teodor w Przeworsku, Drowie: Dobruchowski Adam w Wiśniczu, Odrobina Jerzy w Mszanie dolnej, Rosner Antoni w Krakowie.

* **Sprawozdanie biura statystycznego miasta Krakowa o ruchu ludności w tygodniu XXXIX.** (od 20. do 26. Września b. r.). Ludność średnia roczna wraz z wojskiem 80.310. Zawarto małżeństw 10 (6·47); urodzin było 68 (44·03); skonów 36 (23·79). Stosunek dzieci ślubnych do dzieci nieprawego łoża wynosił u chrześcian 30 : 12, u żydów 8 : 18.

W tym XXXIX. tygodniu zmarło na gruźlicę osób 6, na zapalenie płuc 5, na cholerę niemowląt 4, na dur brzuszny 3, na płonicę i czerwonkę po 1 osobie.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 8. Października 1896.

* Na wczorajszem posiedzeniu Tow. lek. przyjęto w poczet członków czynnych kol. Satkowskiego; kol. Ciechanowski zdał sprawę z dokonanego na polecenie Komitetu uporządkowania biblioteki Tow. i obecnego jej stanu. Wniosek kol. Ciechanowskiego, ażeby Tow. zajęło się organizacyą pomocy lekarskiej w porze nocnej, przekazano Komisyi wykonawczej, złożonej z koll. Obalińskiego, Ponikły, Kwaśnickiego, Bossowskiego, Śliwińskiego i wnioskodawcy.

Wniosek kol. Ciechanowskiego o zorganizowanie kursów nauki pielęgnowania chorych i wydanie zbiorowemi siłami odpowiedniego podręcznika, przekazano Komisyi wykonawczej, złożonej z koll. Obalińskiego, Rydygiera, Gwiazdomorskiego, Brauna, Wernickiego, Browicza, Jakubowskiego i Ciechanowskiego.

W dyskusyi nad wnioskami tymi przemawiali koll. Buzdygan, Gluziński, Ponikło, Obaliński, Wernicki i wnioskodawca.

Przewodniczący odczytał list kol. prof. Domańskiego, który wyraża Towarzystwu podziękowanie za wybranie go na członka honorowego. Kol. Doc. Bossowski przedstawił i omówił przypadek: *Meningocele traumatica spuria.* Dyskusyę odłożono. Kol. prof. Obaliński przedstawił: 1) chorego po nacięciu nerki (*nephrotomia*) z powodu kamienia nerkowego; 2) mięsaka nerki, uzyskanego przez operacyę.

W rozprawach zabierali głos: kol. Gluziński i Kryński.

* II. wiec Izb lekarskich austryackich odbył się dnia 3. b. m. w Wiedniu przy współudziale następujących delegatów: Heim (Wiedeń), Gochan (Austrya dolna), Petřina (sekcya niemiecka Izby lekarskiej w Pradze), Janovsky (sekcya czeska — tamże), Festenburg (Lwów), Łazarski (Kraków), Brenner Franciszek (Morawia i Bukowina), Brenner Aleksander (Austrya górna), Lorenzutti (Tryest), Gramatucopulo (Istrya), Helbeis (Salcburg), Haumeder (Tyrol), Dworzak (Szląsk), Smoley (Karyntya), Rollett (Styrya), Birnbaumer (Vorarlberg), Tratnich (Gorycya), Gregoric (Kraina).

Szczegółowe sprawozdanie podamy w najbliższym czasie.

* Uroczyste otwarcie roku szkolnego w Uniwersytecie Jagiellońskim odbędzie się w sobotę dnia 10. b. m. Program uroczystości jest następujący: 1) O godzinie 9-tej nabożeństwo w kościele św. Anny. 2) O godz. 10-tej prorektor prof. Dr. Smolka złoży w auli uniwersyteckiej sprawozdanie z czynności w roku szkolnym ubiegłym. 3) Jego Magnificencya rektor prof. Szczęsny Kreutz wypowie wykład inauguracyjny na temat: „O krystalizacyi“.

* JE. p. Minister wyznań i oświaty zatwierdził uchwałę grona profesorów wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell., mocą której asystent kliniki lekarskiej, Dr. Ludomił Korczyński, otrzymał stanowisko prywatnego docenta do wykładu nauki o chorobach wewnętrznych na wydziale lekarskim Uniw. Jagiell.

* Lekarzem miejskim we Lwowie dla dzielnicy żółkiewskiej zamianowała Rada miejska Dra Wiktora Legieżyńskiego.

* *Nowiny lekarskie* donoszą, że okulista gdański, Dr. Bohdan Wicherkiewicz, objął po bracie, profesorze Bolesławie Wicherkiewiczu, zaszczytnie znaną klinikę oczną w Poznaniu.

* Wydział lekarski Uniwersytetu warszawskiego wysłał Dra Gaszyńskiego Stefana do Berlina i Paryża dla poznania metody leczenia gorączki połogowej za pomocą surowicy przeciwpaciorkowcowej Dra Marmorka.

* Starszy ordynator szpitala Dzieciątka Jezus, Radca stanu Dr. Karwowski, został mianowany pomocnikiem naczelnego lekarza tegoż szpitala.

* Asystent prof. Eichhorsta w Zurychu, Dr. W. Moraczewski, przekonał się na podstawie badań, tak klinicznych, jak i hematologicznych, że dodając do przetworów żelazistych sól kuchenną i fosforan wapniowy, znakomicie zwiększa się lecznicze działanie żelaza. Dodatni ten wpływ już się uwydatnia przy stosowaniu nawet tak małej ilości soli kuchennej i fosforanu wapniowego, jak po 9 centygramów dziennie. Pospolicie jednak używa się następującego wzoru: fosforanu wapniowego, soli kuchennej i cukru po 0·5 na jeden proszek — i takich proszków należy użyć do sześciu dziennie.

* Zjazd Towarzystwa włoskich internistów odbędzie się w Rzymie, od 20. do 23. Października — włącznie. Na porządku dziennym są następujące dwie sprawy: 1) Ostatnie nabytki naukowe w fizyologii patologicznej mózgu i rdzenia; 2) Niedowład (*insuffisance*) mięśnia sercowego.

* Dnia 17. Września odbyła się w Odesie uroczystość położenia kamienia węgielnego pod budynek, mającego powstać w tem mieście Wydziału lekarskiego.

* Katedrę higieny po Erismanie obejmie profesor z Dorpatu Bubnow.

* *Der Bund* (10. Września) donosi, że na niedawno zakończonym w Genewie „*Schweizerischer Kongress für Frauenwesen*“ roztrząsano, między innemi, sprawę wspólnego wychowania młodzieży obu płci. Zjazd wypowiedział rezolucyę, że pożądanem jest wspólne wychowanie do lat 12-tu i po skończonym roku 18-tym.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 40. Dra Higiera: *Alexia subcorticalis.* Prof. Dra Obalińskiego: Obecny stan chirurgii nerek. Dra Janowskiego: O etyologii dyzenteryi. — W *Medycynie* Nrze 40. Dra Wł. Ołtuszewskiego: Czwarty przyczynek do nauki o zboczeniach mowy. Dra Gepnera (syna): O ciałach obcych metalicznych w oku. — W *Nowinach lekarskich* (Październik), prof. Rydygiera: Kilka słów o surowicy przeciwrakowej Emmericha i Scholla. Dra Jeża: Oddziaływanie diazowe (*Diazoreaction*) i kliniczne tegoż znaczenie. Dra Święcickiego: O morfologicznem badaniu krwi w ginekologii.

Redakcya otrzymała:

Wydawnictwo arcydzieł higienicznych:

— Dr. H. Lahmann: Zasady naturalnego leczenia. Zeszyt I. Przepolszczył z niemieckiego S. S. Będzikiewicz. Kraków, 1896.

(c) Bywają czasem „arcydzieła“, dla których byłoby lepiej, gdyby nie zostały wydane. Tem bardziej życzenie to odnosić się musi do niezliczonych bruszurek, zachwalających rozmaite „sposoby naturalnego leczenia“, które, jeżeli już nie przynoszą szkody, to w każdym razie żadnej nie posiadają wartości, a przyczyniają się tylko do tego, że w pojęciach tworzy się zamęt, a ciężko zarobiony grosz traci się napróżno. Ale „*mundus vult decipi, ergo decipiatur*, to też zarówno książeczki, jak zachwalane w nich środki „cudowne“, „tajemne“ i „naturalne“ znajdują licznych i chętnych nabywców. Różni ludzie na tem dobrze wychodzą, ale, że chorzy najmniej, to pewne. Austrya dość jest wolną od tej plagi; ustawy zakazujące partactwa lekarskiego, grasującego w Prusach pod niewinną nazwą „*Naturheilkunst*“, kładą jej po części tamę, po części, bo trudno żądać ograniczenia „wolności słowa“. U nas piśmiennictwo tego rodzaju na szczęście dość jest ubogie; a choć wśród publiczności naszej nie braknie drwiących sobie z medycyny „szkolnej“, która, co prawda, nikomu „cudownych“ nie przyrzeka uzdrowień i cudów też nie czyni, to jednak nie daje się ogół naszego społeczeństwa tak łatwo łapać na zagraniczne plewy. Prawdą jest niestety, że konkurencya zawodowa popycha już i lekarzy pruskich na złotodajne pole „naturalnej sztuki leczenia“; a obliczone na kieszeń cierpiącej ludzkości broszurki coraz częściej noszą nagłówek „przez dra med. X. X.“. Najsmutniejsze jednak, jeżeli autor taki kilkoma oderwanemi cyframi, dowodami niby naukowymi i dwulicowem stanowiskiem wobec takich Matteich, Baunscheidtów, Kneippów. itd., stara się łatwowiernej publiczności wmówić wiarę w siebie i w to, że łączy on wiedzę głęboką z krytycznym na „szkolną“ medycynę poglądem. Zawiedzeni w zbyt śmiałych nieraz nadziejach przez tę ostatnią, chorzy nie widzą, rzecz prosta, sprzeczności, między twierdzeniem tego rodzaju zbawców ludzkości, że np. środki „chemiczne“ są wprost dla ustroju szkodliwe, ale zato „*Pflanzennährsalze*“ wyrabiane według recepty autora, zachwalane bez żenady w przypisku na tej samej stronie, koniecznym są do potraw dodatkiem, mającym zastąpić, jakoby nadmiernie dziś spożywaną sól kuchenną. Ponieważ zaś dzisiejsze zwyczaje nie zgadzają się z „najzdrowszem dla przeziewu skóry“, chodzeniem w bardzo niewielkiej odzieży, przeto szuka się zakładu, gdzie to pod szumną nazwą „kąpieli powietrznych“ jest praktykowane. Niestety, zaślepionych nie uderza w oczy nawet to, że nazwisko właściciela zakładu, z nazwiskiem autora czytanej broszury, jest jednobrzmiące.

P. S. S. Będzikiewicz przetłómaczył i wydał właśnie zeszycik, noszący tytuł: *Arcydzieło higieniczne.* — Dr. Lahmann, *Zasady naturalnego leczenia.* Zeszyt I., obiecując wkrótce uzupełnić tę pierwszą próbę całym szeregiem „arcydzieł“ tegoż Dra Lahmanna. Walka z tego rodzaju pismami jest nader trudną, każde bowiem zdanie dziennika lekarskiego spotyka się w takich razach z nieufnością profana, zwłaszcza, skoro n. p. taki p. Lahmann oświadczy, że środków medycyny „szkolnej“ krytykować „nie może“ (str. 6). Biedna ofiara teroryzmu kastowego! Spekulacye jednak takie, jak p. Lahmanna, napiętnować właściwem mianem, jest obowiązkiem każdego, zdolnego rzecz właściwie ocenić, choćby z narażeniem się na zarzut stronniczości.

Panu Będzikiewiczowi, działającemu niewątpliwie w dobrej wierze, życzymy, aby swoich niezaprzeczonych w tym kierunku zdolności, użył na przetłómaczenie jakich istotnej wartości dziełek higienicznych, których, pomimo pracy takich Flaumów, Sterlingów i innych, wiele jeszcze na przyswojenie naszemu językowi zasługuje i czeka.

— Dr. H. Wolf: Ueber die Anwendung der Somatose in Säuglingsalter und bei Verdauungsstörungen älterer Kinder. Wiedeń, 1896.

— Sprawozdanie c. k. krajowej Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1894. Lwów, 1896.

— Dr. Fukala: Heilung höchstgradiger Kurzsichtigkeit. Lipsk, 1896 roku.

— Prof. Dr. St. Zaleski: Ein zweckmässiger Verfahren zur Bestimmung der Kohlensäure in beliebiger Tiefe wenig zugänglicher Behälter von Säuerlingen.

— Dr. Le Tanneur: De l'emploi de l'ichtyol dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Paryż, 1896.

— Dr. M. Cohn (Hamburg): Die Behandlung der Lungentuberkulose mittels Ichthyol. Lipsk, 1896.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

L. 130/96.

KONKURS.

Na posadę sekundaryusza przy szpitalu św. Ludwika dla dzieci w Krakowie z płacą roczną 600 złr. w. a. rozpisuje się konkurs.

Podania wnosić należy do kancelaryi Dyrekcyi szpitala św. Ludwika do dnia 1. Listopada 1896.

Kraków 8. Października 1896.

Dr. Jakubowski,
Dyrektor szpitala św. Ludwika.

177—1—1

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.